

Información personal Personal Information

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
--------	---------------------

Es importante que el trabajador de la División de Acreditación (LD, por sus siglas en inglés) que realiza su estudio del hogar logre conocerlo. Estas preguntas acerca de sus antecedentes familiares, educación, empleo, relaciones y cultura son los primeros pasos de ese proceso. No existen respuestas correctas o equivocadas. Si hay preguntas que preferiría discutir en persona, por favor indique esto en el espacio otorgado.

Su licenciador de LD/trabajador de estudio del hogar revisará esta información antes de iniciar el estudio de su hogar y la utilizará como base para el diálogo durante el proceso de entrevista.

Cada solicitante/proveedor de atención necesita llenar este formulario.

Si tiene problemas para responder cualquier parte de este cuestionario o si necesita asistencia adicional, hable con su licenciador/trabajador de estudio del hogar.

A. Antecedentes del solicitante

Datos de la familia:

1. ¿En dónde nació y creció?

2. ¿Quién lo crió? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Tía |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Tío |
| <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Padre/Madre suplente |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Padre/Madre adoptivo(a) |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

3. Escriba los nombres y las edades actuales de todos sus hermanos: (Adjunte una hoja adicional si es necesario)

Nombre/Ubicación:	Edad:	Nombre/Ubicación:	Edad:

4. ¿Cómo describiría su infancia? (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Predecible | <input type="checkbox"/> Traumática | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Confusa | <input type="checkbox"/> Divertida | |
| <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Solitaria | |
| <input type="checkbox"/> Caótica | <input type="checkbox"/> Aterradora | <input type="checkbox"/> Excitante | |
| <input type="checkbox"/> Despreocupada | <input type="checkbox"/> Agradable | <input type="checkbox"/> Complicada | |

Preparación académica:

1. ¿Imparte educación académica en el hogar? Sí No

Historial de empleo y servicio militar:

1. ¿Ha servido en las fuerzas militares? Sí No

Si contestó que sí, responda las siguientes preguntas:

Del _____ Al: _____

Rama de las Fuerzas Armadas _____ Rango _____

¿Su experiencia militar incluyó combate? Sí No

Tipo de baja _____

2. ¿Está empleado? Sí No

Si contestó que sí, indique los días y las horas de su semana laboral normal: _____

3. ¿Necesitará servicios de cuidado infantil para un niño colocado en su hogar? Sí No

Si contestó que sí, ¿qué tipo de cuidado planea usar?

Centro de cuidado infantil Hogar familiar para el cuidado infantil Miembro(s) de la familia: _____ Otro: _____

Herencia cultural

1. ¿Es indígena americano? Sí No

Si contestó que sí, ¿está afiliado a una tribu? Sí No

Tribu _____

(Si aplica, se requiere incluir en el expediente el formulario de Verificación de estatus de indígena DCYF 15-128)

2. ¿Cuál es su idioma principal? _____

¿Habla algún otro idioma con fluidez? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuáles? _____

3. ¿Otras consideraciones culturales? _____

B. Relaciones**Cónyuge / Pareja:**

1. ¿Está casado(a) o en una relación significativa? Sí No

2. Proporcione la siguiente información sobre sus relaciones significativas pasadas:

Escriba sus matrimonios, uniones civiles y sociedades domésticas actuales y pasadas:	Condado/Estado	Fecha de viudez	Fecha de matrimonio, unión civil o sociedad doméstica	Fecha de disolución
Nombre de la pareja:				
Nombre de la pareja:				
Nombre de la pareja:				
Nombre de la pareja:				

*** Se requieren copias del certificado de matrimonio actual, registro de sociedad doméstica, y todos los decretos de divorcio, anulación y disolución y órdenes de custodia.**

Hijos: (Si no tiene hijos, pase a la siguiente sección)

1. Proporcione la siguiente información sobre sus hijos: (Adjunte una hoja adicional si es necesario)

[Incluya hijos biológicos, adoptados y otros hijos que haya criado]

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)	Nombre del otro padre/madre	¿El niño vive con usted?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguno de sus hijos ha estado alguna vez involucrado con el sistema judicial? Sí No

Si contestó que sí, proporcione la siguiente información:

¿Cuál hijo(a)? _____

Describa lo que sucedió: _____

C. Experiencia como padres y con niños

1. ¿Qué medidas disciplinarias se le aplicaban en su infancia?

2. Describa sus prácticas actuales referentes a la disciplina (los niños en cuidado fuera del hogar no pueden ser sujetos a medidas físicas de disciplina). ¿Cómo disciplina a sus propios hijos?

3. Por favor describa cómo desarrollará y apoyará las siguientes características de un niño:

Raza

Cultura

Espiritualidad

Orientación sexual

Expresión de género

4. ¿Estaría dispuesto a participar en terapia con un niño colocado en su hogar? Sí No

Si no, ¿por qué?

5. ¿Está dispuesto a recibir capacitación? Sí No.
Si contestó que sí, ¿en qué temas le gustaría capacitarse?

D. Médicas / Psicosociales

Proporcione la siguiente información: Nota: Contestar que Sí a alguna de las siguientes preguntas no lo descalificará automáticamente como posible opción de colocación.

1. ¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas con alguna de las siguientes cosas?
 Alcohol Drogas Control de la ira Salud mental N/A
2. ¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales, vendido drogas ilegales o abusado de drogas legales? Sí No
3. ¿Algún miembro de su familia, u otra persona que tenga contacto regular con un niño colocado en su hogar, alguna vez ha consumido drogas ilegales, vendido drogas ilegales o abusado de drogas legales? Sí No

Si contestó que sí, marque cuál miembro de la familia:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Abuela |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Otro (alguien que tendría contacto regular con un niño colocado): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | |

4. Sin importar hace cuánto tiempo ocurrió, ¿ha vivido alguna de las siguientes situaciones?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de salud física |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas y/o tratamiento de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Abuso de drogas o alcohol y/o tratamiento para el mismo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Terapia; individual o de otro tipo (familiar, en grupo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Aborto espontáneo o infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Trauma o pérdida |

Explique todas sus respuestas afirmativas, incluyendo el diagnóstico, las fechas, el resultado del tratamiento y las intervenciones de las autoridades.

5. Sin importar cuánto tiempo hace, ¿alguien de su familia, u otras personas que tendrán contacto regular con un niño colocado en su casa, vivieron alguna de las siguientes situaciones?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de salud física |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas y/o tratamiento de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Abuso de drogas o alcohol y/o tratamiento para el mismo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Terapia; individual o de otro tipo (familiar, en grupo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Aborto espontáneo o infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Trauma o pérdida |

Explique todas sus respuestas afirmativas, incluyendo el diagnóstico, las fechas, el resultado del tratamiento y las intervenciones de las autoridades.

6. ¿Usted u otro miembro del hogar sufrieron una lesión grave, enfermedad grave u hospitalización durante el año pasado, o tienen antecedentes de limitaciones mentales o físicas, o actualmente toman medicamentos? Sí No
Si contestó que sí, describa:

E. Hogar y vecindario

1. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su vecindario actual? _____
2. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual? _____
3. ¿Permite fumar o vapear en su hogar o automóvil? Sí No
4. ¿Tiene mascotas o animales en su propiedad? Sí No
5. ¿Usa un sistema de agua público o privado? _____

Tipo de mascota	Vacunas al día (Incluya comprobantes)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si contestó que sí, escriba todas las mascotas y otros animales en la propiedad: (Adjunte una hoja adicional si es necesario)

F. Datos específicos del niño

1. En este momento, ¿está dispuesto a criar y sostener a un niño con alguna de las siguientes situaciones? (Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Antecedentes de trauma	<input type="checkbox"/> Sexualmente agresivo
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Físicamente agresivo
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje
<input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente	<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo
<input type="checkbox"/> Necesidades médicas	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Necesidades conductuales	

G. ¿Tiene alguna pregunta?

1. ¿Hay otra información importante que debemos saber?

FIRMA	FECHA
-------	-------